



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA

Estimado paciente:

Durante la últimas semanas ha (*su cuidador*) sido entrenado en nuestro Servicio para la realización en su domicilio de la técnica de Hemodiálisis.

Ha recibido información sobre su enfermedad y los cuidados más habituales que debe realizar. También ha sido instruido sobre aquellos aspectos necesarios para la realización de la técnica de hemodiálisis como son el manejo y cuidado del acceso vascular, montaje y utilización de la máquina de hemodiálisis, principales problemas que pueden surgir durante la sesión y su resolución así como los problemas técnicos mas habituales relacionados con el monitor de hemodiálisis.

El equipo de hemodiálisis domiciliaria considera que usted (*su cuidador*) ha adquirido los conocimientos y la destreza suficientes para la realización de la técnica de hemodiálisis en su domicilio. Por este motivo y de común acuerdo con usted decide que ha partir del día..... comenzara a realizar las sesiones de hemodiálisis domiciliaria.

Usted seguirá en contacto permanente con el Servicio de Nefrología donde deberá acudir a las revisiones oportunas donde se revisarán los registros de las diálisis domiciliarias y se le indicarán los cambios convenientes para un mejor tratamiento dialítico y farmacológico.

Usted contará con el apoyo necesario del Servicio de Nefrología en todos aquellos aspectos relacionados con su enfermedad y con la terapia dialítica. La comunicación con el Servicio de Nefrología se mantendrá de forma directa y a través de otros medios (teléfono, e-mail, fax) siempre que sea preciso.

Para conseguir unos resultados adecuados usted (*el cuidador*) debe comprometerse a seguir la pauta de tratamiento que se le indique y a comunicar de forma regular a sus médicos y enfermeras las incidencias que se produzcan durante el tratamiento y los cambios introducidos.

“El Servicio de Nefrología se reserva la posibilidad de suspender la modalidad de tratamiento domiciliario si no existe un cumplimiento adecuado de sus recomendaciones terapéuticas ó apareciera una contraindicación desde el punto de vista médico para la hemodiálisis en domicilio.”

Usted podrá decidir cambiar de modalidad de tratamiento si lo considera oportuno o si cambiara su situación personal o familiar de forma que se vea dificultada su continuidad.

DECLARACIONES FIRMADAS

He sido entrenado/a por el Servicio de Nefrología del Hospital de la Princesa en la realización de Hemodiálisis Domiciliaria, he adquirido los conocimientos precisos para la realización de esta técnica y he sido informado sobre la indicaciones, resultados y posibles complicaciones de la Hemodiálisis Domiciliaria.

Estoy de acuerdo en la realización de la técnica de Hemodiálisis Domiciliaria a partir del día de la fecha. Así mismo soy consciente de que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Fecha : En Madrid ade..... de

El paciente (nombre, dos apellidos y DNI).....

Firmado:

EL CUIDADOR

He sido entrenado/a por el Servicio de Nefrología del Hospital de la Princesa en la realización de Hemodiálisis Domiciliaria, he adquirido los conocimientos precisos para la realización de esta técnica y he sido informado sobre la indicaciones, resultados y posibles complicaciones de la Hemodiálisis Domiciliaria.

Acepto realizar Hemodiálisis Domiciliaria a D/Dña Puedo retirar este consentimiento cuando la considere oportuno

Fecha : En Madrid ade..... de

Nombre, dos apellidos y DNI

Firmado

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Sé que el paciente D.

. Delega su responsabilidad en mi.

. No es competente para decidir en este momento.

. Desea libremente, ante testigos, compartir conmigo su decisión, sin menoscabo de la confidencialidad que el caso requiera.....

El Médico, Dr. me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve la Hemodiálisis Domiciliaria. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones

He comprendido todo lo anterior perfectamente y doy mi consentimiento para que se realice la Hemodiálisis Domiciliaria. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Tutor Legal o familiar (Nombre, dos apellidos y DNI):

Firmado:

MÉDICO

Dr. Colegiado nº he informado a este paciente/*cuidador y/o tutor familiar* del propósito y naturaleza de la Hemodiálisis Domiciliaria, así como de sus riesgos y alternativas y el paciente o la persona responsable del tratamiento ha recibido el entrenamiento adecuado para la realización de hemodiálisis en domicilio.

Firma del Médico responsable.